SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 16:34).

–Voy a proponer alterar el orden del día y considerar la Carpeta n.º 333/2015, relativa a la ecografía fetal con evaluación cardiovascular. La señora senadora Xavier fue designada miembro informante, por lo que nos gustaría que ella nos informara en qué situación se encuentra este proyecto de ley.

SEÑORA XAVIER.- Además de algunas modificaciones de texto realizadas por la secretaría, nuestra intención es agregar un artículo que diga que el presente proyecto de ley entrará a regir a los 180 días de su promulgación. La razón es que este supone capacitar ecografistas del área obstétrica, lo que insumirá un tiempo de adaptación, tanto del sector público como del sector privado. Creemos que 180 días es un plazo razonable para la implementación de estos cursos, ya que esta será una prestación de rutina obligatoria para los dos subsectores. Como decía, me parece de orden que además de preguntarle al ministerio, que es el organismo rector de las políticas, tengamos una valoración de parte de la Junasa.

En ese sentido, se les puede remitir el proyecto de ley para que nos respondan por escrito si están de acuerdo. Considero que, ya que vamos a definir por ley una prestación obligatoria, sería bueno que supieran que este proyecto de ley sigue su curso legislativo y que nos brindaran su opinión, ya que son los que deben implementarlo.

Por otra parte, si hay más modificaciones para realizar, este sería el momento de sugerirlas para enviar a la Junasa la iniciativa con todos los ajustes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Por lo tanto, estaríamos agregando un cuarto artículo que establezca que la ley entrará en vigencia a partir de los 180 días de su promulgación.

Por otra parte, si los señores senadores están de acuerdo, tal como plantea la señora senadora Xavier enviaríamos el proyecto de ley al Ministerio de Salud Pública con destino a la Junasa y lo incorporaríamos como primer punto del orden del día de la próxima sesión con las modificaciones sugeridas y con el informe que recibiríamos de la Junasa, a los efectos de aprobarlo en esa instancia. Además, consulto a los señores senadores si tienen alguna otra sugerencia para realizar. De lo contrario, la única modificación sería la incorporación del artículo 4.º, tal como plantea la señora senadora Xavier.

Volvemos al primer punto del orden del día. Recibiremos ahora a los representantes de la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna, que se referirán al proyecto de ley de salud mental. Hay otras dos delegaciones que solicitaron audiencia –los señores senadores recordarán que pedimos su confirmación– y estaríamos en condiciones de recibirlas en la próxima sesión. Después que finalicemos con las entrevistas nos abocaremos al estudio del proyecto de ley artículo por artículo.

(Ingresan a sala representantes de la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna).

–La Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores recibe con mucho gusto a los representantes de la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna. Nos

acompañan: Nelson de León, Soledad Parietti, Judith Kakuk, Marçal Gomes, Fanny Azpiroz, Alicia Berdes, Daniel Pérez y Luis Pedernera.

En la comisión hemos comenzado la discusión del proyecto de ley y nos parece oportuno –y así lo resolvimos– recibir a las delegaciones. Los hemos priorizado porque han trabajado en esta iniciativa y entendemos que es importante lo que puedan complementar al respecto.

SEÑOR PEDERNERA.- Muchas gracias.

Represento a Ielsur, una de las organizaciones integrantes de la Asamblea Instituyente en la que compartimos un espacio de trabajo para tratar de realizar un cambio en materia de salud mental en el país. Me acompañan representantes de organizaciones familiares de usuarios, Nuestro Propio Horizonte, Grupo de La Esperanza, integrantes de la academia, docentes y un compañero de la Asociación brasileña de salud mental que en este momento también participa apoyándonos en nuestras acciones.

Agradecemos especialmente la invitación y señalamos que nos parece sumamente trascendente que en el país se esté dando esta discusión.

Contamos diez proyectos que no han logrado consagrarse a nivel legislativo para un cambio definitivo en el paradigma de atención en materia de salud mental. Por eso consideramos que este momento, sin duda, se convierte en una oportunidad histórica de concretar finalmente un cambio en la legislación que data de la década del treinta. El año pasado trabajamos intensamente tratando de contribuir a ese cambio.Hoy, debido a lo acotado del tiempo, vamos a plantear algunos núcleos problemáticos que nos llama a la reflexión el proyecto de ley presentado por el Ministerio de Salud Pública. Ya dejamos anunciado y entregamos la iniciativa que armó la Asamblea Instituyente, que fue producto del trabajo interdisciplinario de muchas organizaciones y personas que la integran.

Consideramos que, debido a la escasez de tiempo, hoy no vamos a tener posibilidad de abordar y profundizar algunos temas.

Con relación al proyecto de ley presentado por el Ministerio de Salud Pública, queremos decir que valoramos algunas cuestiones que aparecen en la exposición de motivos. Nos parece fundamental el enfoque que trasunta con respecto a los compromisos internacionales que Uruguay asumió. Ellos indican el apego al respeto a los derechos humanos que plantea la política de gobierno, pero sentimos que ese proyecto de ley todavía tiene gusto a poco. Por ejemplo, en el texto encontramos algunas contradicciones. En la exposición de motivos se enuncian algunos límites o garantías que al final no logran consagración en el texto, en el cuerpo legal, como por ejemplo el plazo de cuarenta y cinco días para la internación involuntaria. En la exposición de motivos es claro que esa internación no puede superar ese período, pero en el cuerpo, en el texto normativo, tal declaración no aparece.

También quiero señalar que a nosotros nos preocupa que en el fondo el fantasma de la internación sobrevuele el texto del proyecto de ley y no logre irse definitivamente. En tal sentido, el proyecto de ley plantea el cierre de las instituciones asilares y monovalentes, pero según los compromisos internacionales que asumió el país, ese cierre tiene una fecha: el año 2020. Para eso tiene que existir un cronograma con una fecha cierta, que para nosotros, reitero, es 2020.

Asimismo, planteamos algunos problemas y preocupaciones en cuanto a falta de garantías. Es el caso de la asistencia letrada –literal t) del artículo 6.º del proyecto de ley–, esta aparece como una facultad y no como una obligación, un derecho. Es una facultad que alguien va a decidir, pero no se plantea quién, en qué momento ni dónde.

Nosotros creemos que las garantías tienen que estar formuladas en la ley desde un principio. Y la garantía de un debido proceso en el terreno de las internaciones, que por los textos internacionales es considerada una privación de libertad, debe ser clara desde el inicio.

También en esa línea nos preocupa el rol de la familia en la autorización de las internaciones voluntarias. Esa temática es cuestionada a nivel de la normativa internacional al punto de que el propio texto legal indica que las internaciones no pueden producirse por motivos económicos, políticos, opción sexual ni relaciones familiares. No debemos olvidar que muchas de las internaciones que han ocurrido en el país han sido por cuestiones familiares. Por lo tanto, creemos que la familia no debe ser una carta de crédito para la internación si esta no está dotada de la garantía del debido proceso; esto es, que el usuario o la persona sobre la que se decide su internación –para nosotros es una privación de libertad– tenga la asistencia letrada que le permita defenderse frente a esa decisión.

Nos parece que el proyecto de ley esboza una línea pero no termina de cerrarla en términos de garantías y derechos del usuario.

Con relación al enfoque, nosotros planteamos el cierre de las instituciones; ahora bien, el solo planteo del cierre es una condición necesaria pero no suficiente. El cierre debe acarrear, en el desarrollo de las políticas sanitarias, una serie de opciones a la internación, con una característica: la interdisciplinariedad. A nuestro entender, la iniciativa todavía sigue privilegiadamente optando por el enfoque médico y sanitarista. Por ejemplo, en el artículo 24 del proyecto de ley se dice que la hospitalización requiere informe del equipo de salud y, a nuestro juicio, este debería estar integrado por gente del ámbito de la salud. En función de ello, se estaría dejando al arbitrio del equipo de salud, con preeminencia del saber médico, las decisiones de la externación, internación o continuación de la internación.

Otra cuestión que nos preocupa es la siguiente. En una serie de párrafos de la exposición de motivos –cuyas páginas no están numeradas–, concretamente, cuando se habla del trastorno mental severo, se lo vincula a la discapacidad; sin embargo, consideramos que tal vinculación es un error que acarrea una gravedad, pues está equiparando el trastorno mental a un problema de incapacidad. Los textos internacionales indican que la incapacidad tiene que ser abordada desde otra perspectiva que no es la de la salud mental.

En el párrafo tercero del artículo 28 se abre una posibilidad que consideramos gravísima, que consiste en que la internación voluntaria se puede volver involuntaria por decisión del equipo médico. Si una persona entra por su voluntad puede no salir a razón de que el equipo médico decida que esa internación voluntaria pasa a ser involuntaria.

El texto también trasunta algunos elementos de la peligrosidad para definir. El concepto de riesgo no está claramente establecido por lo que nosotros, desde una perspectiva garantista, debemos determinar al máximo esos conceptos. Digo esto porque, cuando se deja la posibilidad al riesgo, en él pueden terminar colándose elementos de la defensa social y de la peligrosidad que hagan imposible a la persona obtener, por ejemplo, la alta médica. Por lo tanto, nos parece que el proyecto de ley no termina cerrando esos conceptos y es contradictorio cuando los usa. En algunos los utiliza y los define acertadamente como un peligro de daño para sí o para terceros, pero en otros lo deja como una posibilidad abierta. Eso aparece en el literal i) del artículo 3.º, «Principios Rectores».

A nuestro entender sería interesante consultar a la Junta Nacional de Drogas acerca de la vinculación que establece el artículo 5.º del proyecto de ley entre el uso prolongado de drogas y su equiparación con temas de salud mental. La Juna Nacional de Drogas de nuestro país tiene un enfoque de trabajo que apunta a lo que se conoce como «reducción de daños» y el proyecto liga el consumo problemático exclusivamente a problemas de trastornos de salud mental. Nos parece que esa vinculación acarrea cierto peligro en las modalidades de intervención que puedan ocurrir posteriormente.

Para terminar y dar la posibilidad de que haya un intercambio con el resto de mis compañeros, quiero decir que nosotros estamos totalmente en contra de la formulación que tiene el texto del proyecto de ley del Ministerio de Salud Pública sobre el órgano de revisión. Para nosotros ese órgano no se alinea con los mandatos y con los compromisos internacionales que Uruguay asumió en la materia. No es un órgano independiente, sino que se define como una comisión honoraria. Nuestro país está lleno de comisiones honorarias que en los hechos no tienen la posibilidad de accionar de la forma en que un órgano de revisión debería hacerlo. En nuestro proyecto de ley formulamos una

propuesta en la que el órgano de revisión es autónomo e independiente, similar al proceso de designación de los integrantes de la Institución Nacional de Derechos Humanos, con un fuerte aval parlamentario, con una mayoría especial que le dé potencia cuando el órgano tenga que intervenir en caso de violaciones y de control de las instituciones que intervienen en la atención de la salud mental de la población.

Nosotros pensamos que con la fórmula que se plantea en el proyecto de ley va a ser una comisión más, que no va a tener ningún efecto en el contralor de la gestión de las políticas en materia de salud mental.

Finalmente decimos que para toda esta reforma que nosotros queremos y por la que trabajamos se necesitan recursos. No hay reforma sin recursos. En ese sentido, alentamos al Poder Legislativo para que este cambio de paradigma que se comienza a dar en esta serie de debates sobre los proyectos de ley, tengan su contrapartida en los recursos que se necesitan para la transformación. Quizás el enfoque a veces pueda ser menos oneroso que las políticas actuales porque la experiencia internacional demuestra que el enfoque preexistente en nuestro país es malo desde la perspectiva de los derechos humanos, y costoso desde la perspectiva de los recursos que maneja un país.

SEÑORA KAKUK.- Soy abogada e Integro la asociación civil «¿Y por qué no… Nuestro propio horizonte» y, además, la Asamblea Instituyente.

Me gustaría hacer dos puntualizaciones. Una de ellas es la del famoso literal t) del artículo 6.º, que habla del defensor. Esa redacción ya se arrastra desde la Ley n.º 18651 para la protección de personas con discapacidad, que a nuestro criterio es inconstitucional porque ataca el principio de igualdad de todas las personas. Si bien hay personas que pueden tener un padecimiento psicosocial, todos son sujetos de Derecho y hay varias convenciones internacionales sobre derechos humanos que así lo ratifican. Todas las personas son sujetos de Derecho, iguales ante la ley y con las mismas condiciones. Por lo tanto, consideramos que es inconstitucional.

Con respecto al órgano de revisión, consideramos que su ubicación en el Ministerio de Salud Pública acarrea un conflicto de interés bioético. ¿Por qué? Porque esta cartera no puede ser juez y parte en una misma causa; no puede gestionar ni planificar políticas públicas y, después, evaluarlas para ver si están correctas. A su vez, luego de un estudio pormenorizado, llegamos a la conclusión de que tampoco puede tratarse de un servicio descentralizado porque lo prohíbe la Constitución. Pensamos que si la línea de ubicación en el Ministerio de Salud Pública viene por un organismo desconcentrado dentro de dicha cartera, también estaría sujeto a jerarquía y así permanecería siempre, por más que se le desconcentraran funciones y se las otorgaran al órgano de revisión; siempre quedaría la discrecionalidad última del Poder Ejecutivo, porque actúa de esa forma. Por lo tanto, no tendría independencia ni autonomía, lo que vulnera las normas internacionales que Uruguay ha ratificado al respecto.

Si bien se le pueden agregar competencias a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, no tendría autonomía porque si, por ejemplo, vemos la naturaleza jurídica de lo que es el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, notaremos que aunque tiene autonomía técnica para desarrollar todos los procesos que corresponden en una investigación, cuando llega el momento de emitir una resolución, la toma el directorio de la Institución Nacional de Derechos Humanos. Ese directorio –o como se llame– no está conformado como para ser un órgano de revisión en salud mental, porque debería incluir a los usuarios, los familiares y personal técnico; no estaría «habilitado» –dicho esto entre comillas–, desde la especialidad misma, como para ser lo que requiere la salud mental.

En definitiva, coincidimos en que el órgano de revisión debe ser independiente y autónomo, tal como lo establecen las normas internacionales, y así hemos intentado redactarlo, además de tomar como ejemplo la ley argentina.

Muchas gracias.

SEÑORA AZPIROZ.- Soy integrante de la asociación civil sin fines de lucro de familiares de personas con esquizofrenia. Este año –2016– cumplimos treinta años de funciones. Debo destacar que fue la primera asociación en Uruguay y en América Latina. Nuestras reuniones testifican toda la problemática que han venido exponiendo los compañeros que me precedieron en el uso de la palabra. En nuestra asociación –que aún no tiene sede propia–, cada quince días hay reuniones y allí se siguen sumando testimonios de familiares que hablan de la falta de asistencia médica, hospitalaria y de clínicas que hay actualmente en nuestro país. Podemos saber lo que ocurre en Montevideo, pero tenemos noticias de que en el interior también pasan cosas que no deberían suceder más. Por lo tanto, el grupo se suma a lo que pueda ser un cambio muy importante; me refiero a lo que queda a estudio de los señores senadores para que puedan definir qué será lo mejor y qué cambios realmente pueden llevarse a cabo, luego de ochenta años de haber votado una ley que, lógicamente, habrá que cambiar.

Muchas gracias.

SEÑORA XAVIER.- En primer lugar, quiero agradecer a nuestros invitados su presencia y, en segundo término, me gustaría saber qué valoración han hecho de las experiencias de las personas que salieron de las colonias y están viviendo en hogares en zonas como, por ejemplo, San José. Quisiera saber si han observado que tienen otro grado de autonomía. Asimismo, pregunto si se entiende que ese es uno de los modelos que se podría profundizar, tanto desde el punto de vista de los pacientes como de quienes gestionan esa modalidad de convivencia.

SEÑOR DE LEÓN.- En 1993 se hizo un informe sobre salud mental y derechos humanos que fue publicado en 1995. Fue realizado por Ielsur junto con la organización internacional MDRI, y uno de los programas que en aquel momento se destacaba como importante desde la perspectiva de la desinstitucionalización, trataba de la aplicación de un sistema similar al de los niños y que utilizaba recursos de la zona, como es el caso de Santa Lucía, Ituzaingó, 25 de Agosto, etcétera. Quizás la figura del programa sea viable, pero dado el conocimiento que tenemos de las colonias, nos llama la atención que siguen recibiendo personas en un número demasiado importante. Ese proceso de pasaje a las colonias está lejos de cortarse, pues muchas veces las personas pasan al Hospital Vilardebó y, desde allí, vuelven a las colonias.

Lo que no conocemos es el sistema de control del Estado. De acuerdo con algunas experiencias de intervención y de conocimiento de la zona que se han realizado por parte de la universidad, sabemos que las formas en que participan los hogares sustitutos son diferentes. En algunos casos realmente hay un buen trato y un acogimiento familiar amable pero, en otros, tenemos entendido que se han producido procesos de estigmatización y de maltrato, situación que allí es menos visible que en los hospitales psiquiátricos. Cabrerita, por ejemplo, falleció en un hogar sustituto, y pudo producir y desarrollar su arte mientras vivía en Santa Lucía.

En definitiva, quizás la del hogar sustituto podría ser una figura potencial pero, de cualquier manera, para nosotros que hemos desarrollado actividades académicas y participamos en algunos eventos, las lógicas manicomiales no solo están en el encierro manicomial. Sin dudas, las instituciones asilares y las colonias constituyen un extremo; después, tenemos el Hospital Vilardebó y también las clínicas psiquiátricas donde hay mucha más invisibilidad que en los hospitales públicos. Digo esto porque el Hospital Vilardebó, si bien tiene lógica manicomial, también cuenta con proyectos de extensión, de investigación, se registran entradas y salidas y, sobre todo, presenta visibilidad en determinadas situaciones. Lo más preocupante para nosotros son las situaciones que no son visibles. Además, ciertamente las lógicas manicomiales se desarrollan en cualquier relación de poder, cuando un técnico decide sobre otro.

Entonces, quizás como figura, la que se plantea podría resultar interesante si cuenta con control del Estado y con cierta preparación. En este sentido hay toda una discusión. En el proyecto de ley planteamos la construcción de una red de atención en salud mental que incluye las casas de medio camino, los centros de rehabilitación, e intenta rescatar experiencias que han desarrollado las propias agrupaciones de familiares, las experiencias de extensión universitaria y la intervención psicosocial. La idea es que esto no quede solo en la perspectiva sanitaria. A lo largo de todo este tiempo de lucha por la ley –proceso al que convocaron el programa de salud mental y la Institución Nacional de Derechos Humanos y en el que hemos participado activamente–, la tensión que se ha venido produciendo y que

aún no está resuelta tiene que ver con determinar si aquí se trata de una perspectiva de derechos o de una perspectiva sanitaria, cuestión en la que, sin dudas, cuesta encontrar el equilibrio.

En el proyecto de ley planteamos la posibilidad de contar con una secretaría interinstitucional en la que confluiría la intersectorialidad. En otros países, como Brasil, hay experiencias con los centros de atención psicosocial que, en nuestra opinión, son fundamentales. Por tanto, no son suficientes los dispositivos sanitarios, hay que crear dispositivos nuevos, culturales, descentralizados y con aportes de las agrupaciones de familiares.

En concreto, la respuesta a la pregunta que se realizó es que quizás como figura podría ser adecuada; el tema es el control que el Estado tenga sobre las formas de trato a esas personas que, como dijimos, dejan de estar bajo visibilidad; y también hay que tener en cuenta los recursos y la formación.

Cabe agregar que la asamblea realizó una solicitud en el marco de la ley de acceso a la información pública porque, al tratar de hacer propuestas, advertimos que nos faltaban muchos datos para poder pensar estrategias de reforma. Para hacer propuestas era necesario contar con más información, conocer en qué condiciones se estaba y cómo se estaban desarrollando los procesos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hace un momento le estaba pidiendo a la secretaria la versión taquigráfica de la reunión en la que recibimos al señor ministro y a los doctores Montalbán y Porciúncula –dando inicio a la discusión del tema–, pues entiendo que es bueno que ustedes puedan tenerla, más aún cuando es pública. En esa reunión, a raíz de una pregunta formulada por el señor senador Agazzi –si no recuerdo mal–, se nos informó que en el último año habían ingresado 35 pacientes a la Colonia Etchepare y que actualmente estaba ingresando algún paciente por temas judiciales, pero no para internación. Creo que es importante tener esa información –por eso la pedí–, de modo de ver si se está cumpliendo, sin tener todavía la ley, con lo que se había anunciado por parte de las autoridades. Simplemente quería hacer esa reflexión. Es bueno ver los datos que allí surgen con relación a la colonia.

SEÑOR AGAZZI.- Me sumo al agradecimiento, no por el hecho de que hayan venido hoy sino porque hace muchos años que vienen trabajando en estos temas. En realidad, hoy del otro lado de la mesa están quienes han trabajado mucho en esta temática y, de este lado, estamos quienes debemos decidir sobre el proyecto de ley. Por eso, para nosotros sus puntos de vista tienen una importancia sustantiva, dado que surgieron como resultado de haber discutido mucho, pensado, experimentado e investigado, lo que consideramos sumamente valioso. Las leyes tenemos que hacerlas nosotros, que somos los legisladores, pero tenemos la obligación de escuchar a los distintos actores de la sociedad que han trabajado en los temas y tienen conocimiento sobre ellos.

Todo el mundo está de acuerdo con que la ley de 1936 es antigua, que ya no se compadece con estos tiempos. Ahora bien; cuando nos ponemos a discutir una ley nueva, surgen distintos puntos de vista que provienen, sobre todo, de diferentes experiencias, de distintas miradas y de diversos trabajos de investigación.

Todavía no hemos empezado a discutir la iniciativa. Hoy los hemos recibido para que nos den sus puntos de vista, los que quedarán registrados y son muy importantes para nosotros. Ahora bien; la ley que finalmente terminemos de elaborar no necesariamente será la que propusieron A, B o C. Nuestro compromiso es tener en cuenta las distintas opiniones, analizar la racionalidad y los principios que nos han planteado, así como los propuestos por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y por quienes trabajan en la colonia. Es una tarea difícil la nuestra, aunque no les estamos pidiendo ninguna conmiseración; simplemente expreso nuestro respeto por los puntos de vista que nos han acercado. A esta altura, su participación es documento oficial, y para nosotros es muy bueno. Quería manifestarlo porque entiendo que cuando viene una delegación como la que nos está visitando, corresponde hacerlo. Además, es pertinente informarles qué estamos haciendo y qué seguiremos haciendo.

En síntesis, todavía no puedo opinar nada sobre la ley –como lo hacen ustedes, de forma muy competente–, pero sí manifestar lo importante que es el hecho de que nos ayuden.

SEÑORA BERDES.- Integro el Grupo de la Esperanza, formado por familiares, y quiero agradecer que nos hayan recibido, porque es una oportunidad para expresar nuestras necesidades.

El Grupo de la Esperanza tiene treinta años de vida. Desde 1993 estamos hablando de las casas de medio camino. Hay documentos que muestran cómo poníamos la piedra fundamental para lograr ese hogar. Luego, por distintas circunstancias, el proyecto quedó trunco y después de tantos años vemos cómo se está haciendo una primera experiencia, que es muy bienvenida porque le da un giro al tema y nos hace pensar que se quiere cambiar las cosas. Nuestro temor es que a esta ley le falten muchas cosas. No queremos que se le pongan parches a una ley tan antigua. Queremos un plan de salud mental en el que se consideren todos los aspectos que se dan en la práctica y que no sean pequeñas experiencias salpicadas de una ideología que venga de años anteriores. Por lo tanto, queremos un cambio de paradigma, una modificación de raíz y que tenga un sustento.

SEÑORA PRESIDENTA.- A nosotros nos consta el trabajo que vienen realizando y todos los aportes que hicieron para este proyecto de ley. Como recién manifestaba el señor senador, muchas veces no podemos incluir todas las propuestas, pero sabemos que en el momento en que se discuta el proyecto de ley nos van a enriquecer porque vamos a tener todas las miradas. De todos modos, los invitamos a que sigan la discusión del proyecto de ley a través de las versiones taquigráficas de las sesiones de la comisión y que hagan llegar sus aportes a la secretaría, lo que nos facilitará la tarea.

SEÑOR DE LEÓN.- Con el mayor respeto por el tiempo de que disponen los señores senadores debido a sus múltiples obligaciones, señalo que en 2012 se llevó a cabo el seminario «Salud mental en debate», que está publicado y cuyo audiovisual está colgado en la página de la Comisión Sectorial de Investigación Científica. En el proyecto tratamos de incluir la mayor cantidad posible de voces. Es un material de hace pocos años, por lo cual tiene vigencia y quizá pueda ayudar a esta problemática. Lo comento porque es de fácil acceso; ingresan a través de la CSIC, biblioteca, proyectos del artículo 2, que son los que financian problemáticas de interés público y hay un link con un audiovisual en el que se puede escuchar la palabra de los usuarios.

SEÑOR PEDERNERA.- Quiero hacer una apreciación ligada a la pregunta realizada por la senadora Xavier. A nosotros también nos preocupan mucho las terapéuticas. Hemos constatado que se hace un uso abusivo de terapias como elementos de contención, como el electroshock y la sobremedicación. Hemos solicitado información a este respecto, pero no recibimos respuesta. El año pasado la Asamblea Instituyente junto a varias organizaciones pidió información a diferentes reparticiones públicas, como el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, el Ministerio de Salud Pública, BPS y ASSE, pero en la mayoría de los casos no nos respondieron y no sabemos qué cantidad de población está en tratamiento en hospitales psiquiátricos. En un caso realizamos la acción judicial de *habeas data*, se condenó al Ministerio de Salud Pública y la respuesta fue que no tenía información. Nos parece que ese es un aspecto central y es la razón por la cual en nuestro proyecto incluimos que el Estado debe generar datos de calidad para poder pensar, evaluar y proyectar políticas en la materia. El proyecto de ley del ministerio no tiene una norma similar y consideramos importante que se incluya porque es la única forma de evaluar procesos sociales.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos mucho su presencia.

(Se retiran de sala los representantes de la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna).

–No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 17:20).